

Casos Clínicos / Radiological Case Reports

Endometriose Vesical: Revisão Clínica e Imagiológica a Propósito de um Caso Clínico

Bladder Endometriosis: Review of the Clinical and Imagiological Features Based on a Case Report

Manuela R. Souto¹, Teresa Margarida Cunha²

¹ Interno Complementar de Radiologia

² Assistente Hospitalar de Radiologia

Serviço de Radiologia, Hospital Egas Moniz

Directora: Dra. Ana Mesquita

Serviço de Radiologia, IPO – Lisboa

Director: Dr. Rui Costa

Resumo

A endometriose caracteriza-se pela presença de tecido endometrial fora do útero. O envolvimento do sistema urinário é raro, sendo a bexiga a estrutura mais habitualmente atingida.

Radiologicamente estas lesões podem ser difíceis de distinguir das neoplasias vesicais intrínsecas.

A partir do caso clínico de uma mulher com endometriose vesical, os autores fazem uma revisão das características clínicas, imagiológicas e anátomo-patológicas desta entidade.

Palavras-chave

Endometriose; Sistema Urinário; Bexiga.

Abstract

Endometriosis is characterized by endometrial tissue in ectopic foci outside the uterus.

Involvement of the urinary tract is rare, with the bladder being most commonly affected in these cases. Radiologically these lesions may be difficult to distinguish from intrinsic bladder neoplasia.

The authors present the case of a woman with bladder endometriosis and the imagiologic and histologic features that suggest the diagnosis.

Key-words

Endometriosis; Urinary Tract; Bladder.

Introdução

A endometriose consiste na existência de tecido endometrial ectópico. Quando ocorre sob a forma de uma massa circunscrita adopta o termo de endometrioma[1]. O envolvimento do sistema urinário é raro e consequentemente o atraso no diagnóstico e instituição da terapêutica apropriada levam a um significativo aumento da morbilidade.

O envolvimento do sistema urinário foi pela primeira vez descrito por Judd em 1921[2]. A sua incidência é estimada em cerca de 1% a 2%.

Caso Clínico

Doente do sexo feminino, de 29 anos de idade, que em Novembro de 2003 é orientada para o Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil, por início desde há vários meses de disúria, dispareunia e dor nos quadrantes inferiores do abdómen que se intensificavam durante o período menstrual. A doente tinha antecedentes de infertilidade e não havia história de hematuria ou sintomas obstrutivos urinários. Os ciclos menstruais eram normais

Recebido a 15/07/2005

Aceite a 20/09/2005

e não tomava anticoncepcionais orais. O exame físico não revelou quaisquer alterações.

Perante este quadro, foi internada para estudo complementar. A ecografia pélvica identificou um espessamento nodular da parede posterior da bexiga, medindo 2,4x2x1,2 cm (Fig. 1).

A cistoscopia não identificou a lesão e a TAC mostrou uma densidade de partes moles, com expressão em banda, na parede posterior da bexiga (Fig. 2).

Para melhor caracterização da lesão, realizou R.M que revelou uma lesão sólida com base de implantação na parede posterior da bexiga de 3 cm e com espessamento para o lúmen de 12 mm. Esta lesão era hipointensa em T1, em T2 mantinha o hiposinal e demonstrava intensa captação de contraste após injeção endovenosa de gadolínio. Não havia extensão aos planos adiposos perivesicais, estando conservado o espaço utero-vesical (Fig. 3).

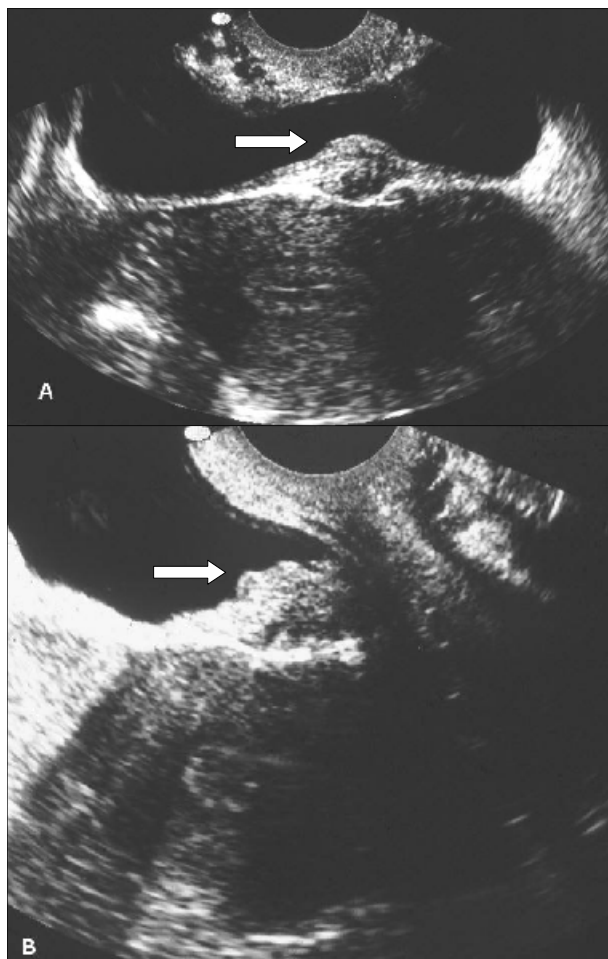


Fig. 1 – Ecografia pélvica transvaginal. Imagem transversal (A) e longitudinal (B), demonstram um espessamento da parede posterior da bexiga, na linha média, hipocogénico, fazendo proclência de forma grosseiramente nodular, ovóide, para o lúmen da bexiga e independente do útero.

No diagnóstico diferencial foram colocadas as hipóteses de endometriose e leiomioma da bexiga.

A biópsia transuretral revelou a presença de tecido endometrial na espessura da túnica muscular própria da parede vesical, confirmando histologicamente o diagnóstico de endometriose.

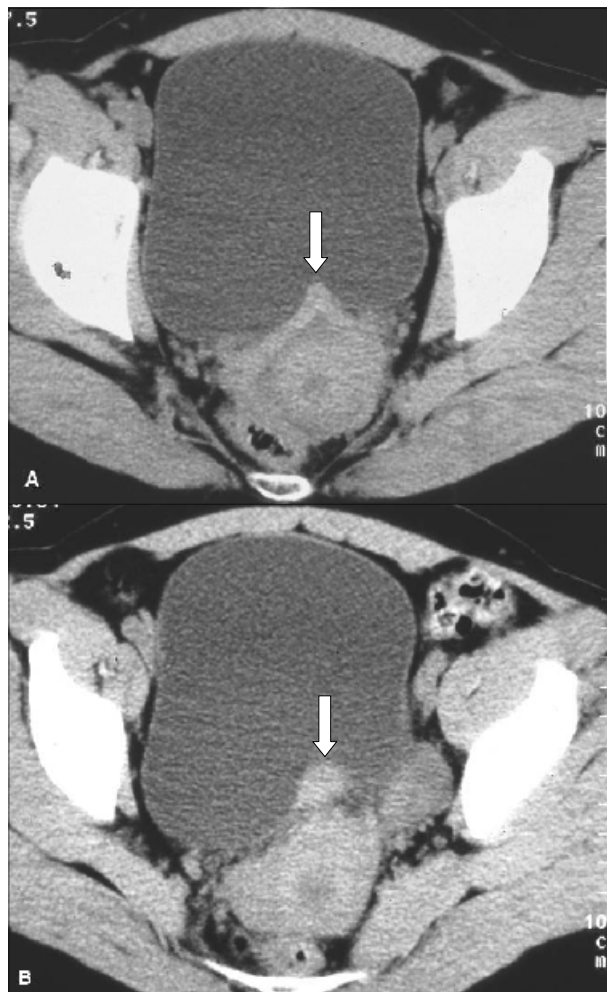


Fig. 2 – TC (A) e (B) mostram uma lesão com expressão endoluminal e com origem na parede posterior da bexiga.

Discussão

A endometriose pode afectar o aparelho urinário correspondendo o envolvimento vesical a 80% dos casos descritos[3]. O atingimento dos ureters é menos frequente e a sua obstrução pode ser provocada por envolvimento intrínseco da parede ureteral ou mais habitualmente por compressão extrínseca provocada por um endometrioma[4].

A patogénese da endometriose vesical encontra-se pouco esclarecida, embora existam várias teorias para a sua origem[5,6]. Vários investigadores têm recentemente descrito dois tipos de endometriose vesical: a primeira ocorre em mulheres sem história de anteriores cirurgias uterinas (primária) e a segunda ocorrendo após cesariana (iatrogénica ou secundária)[7] que seria causada por

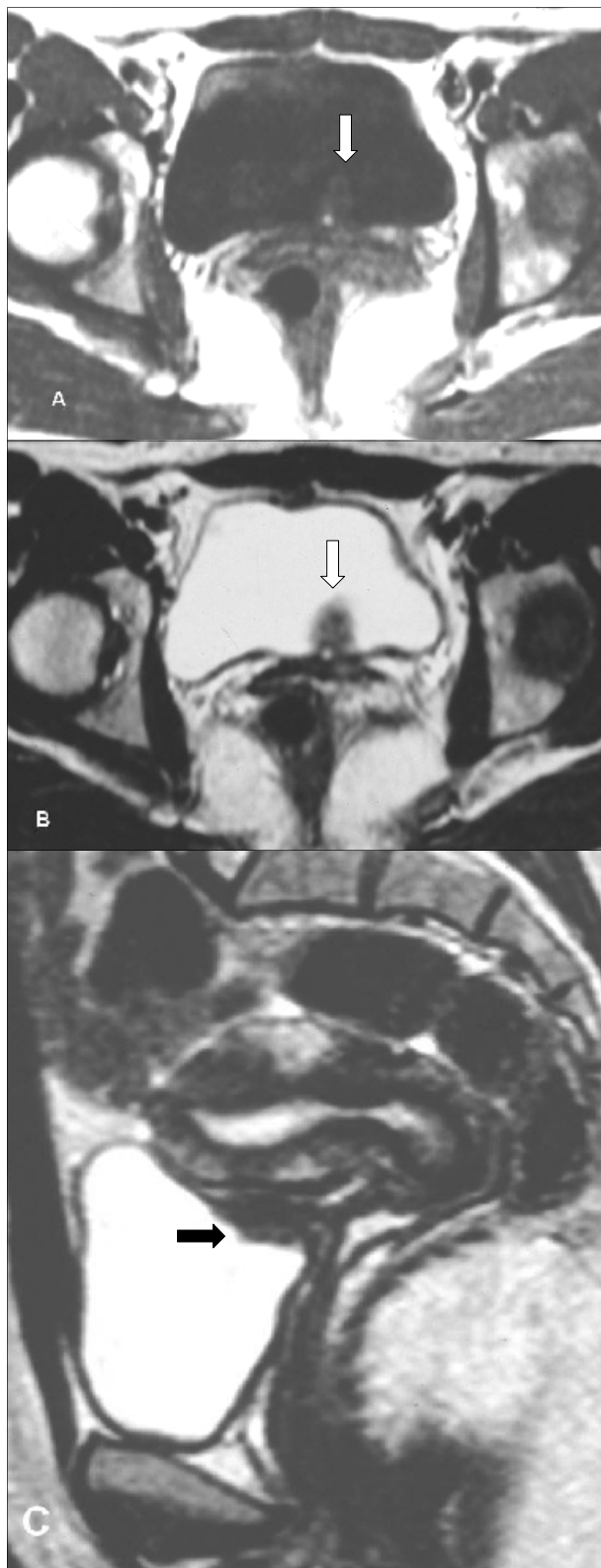


Fig. 3 – RM T1 axial (A), T2 axial (B), T2 sagital (C) e T1 axial com saturação de gordura e gadolínio e.v. (D). Lesão sólida, grosseiramente triangular, discretamente lateralizada à esquerda na parede posterior da bexiga, hipointensa em T1 e T2 onde se observa-se um foco hiperintenso em T1 e T2 correspondendo a sangue. Não existe contiguidade entre o segmento uterino anterior e a lesão. A massa demonstra captação ligeiramente heterogênea de contraste após injeção e.v de gadolínio.

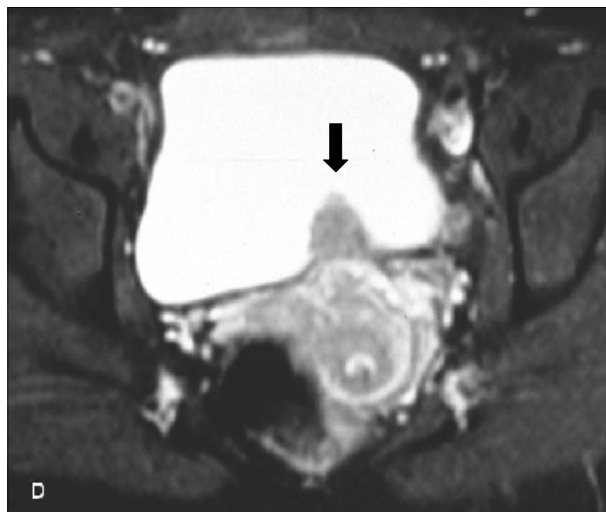


Fig. 3D

disseminação directa do tecido endometrial durante o procedimento cirúrgico.

As manifestações clínicas são variáveis e habitualmente dependem do tamanho e da localização da lesão. Os sintomas mais frequentes são o desconforto vesical cíclico, disúria, urgência e polaquiúria ocorrendo antes, durante e imediatamente após a menstruação[8,9].

A hematúria é pouco frequente, uma vez que a mucosa está raramente infiltrada, sendo os depósitos submucosos. Contudo, tal como referido por Higgins e Steams, a hematúria macroscópica pode encontrar-se oculta pelo fluxo menstrual, e desta forma ser mais frequente do que se pensa[2]. A obstrução ureteral é uma complicação rara, mas grave, da endometriose envolvendo a pélvis posterior e deve ser investigada já que a uropatia obstrutiva silenciosa pode causar insuficiência renal[10,11].

O diagnóstico diferencial destas lesões inclui tumores epiteliais da bexiga e tumores mesenquimatosos raros como fibromas e leiomiomas[3,4].

A cistoscopia diagnostica a endometriose vesical apenas na presença dos típicos nódulos de tonalidade azulada com aparecimento na superfície interna da parede vesical[4], e que não se expressaram na nossa doente. A ecografia pode demonstrar uma massa envolvendo o trígono ou parede posterior da bexiga e a urografia endovenosa, que não foi efectuada, habitualmente demonstra defeitos de preenchimento endoluminais.

Na TAC a endometriose vesical surge como uma massa de tecidos moles ou espessamento focal da parede. No caso descrito apenas confirmou os achados ecográficos e não adicionou mais informação.

A RM pélvica, devido à sua capacidade multiplanar e à excelente resolução de contraste dos tecidos moles, permite avaliar a extensão da doença na parede vesical e a sua relação com as estruturas vizinhas. A intensidade do sinal é variável e não corresponde necessariamente à do endométrio normal[4]. No caso presente, a massa demonstrava menor intensidade de sinal que o endométrio e sinal igual ao corpo uterino. Também é útil na detecção de outras lesões de endometriose profunda, frequentemente associadas e que são muitas vezes subestimadas pelo exame

clínico e pela ecografia. Para isso são necessárias sequências adaptadas, especialmente sequências ponderadas em T1 com saturação de gordura antes e após a administração e.v. de gadolínio que podem demonstrar focos de elevado sinal, inexistentes no nosso caso. Estas lesões não apresentam o aspecto reconhecido na endometriose ovárica, dependendo o sinal em R.M das diferentes quantidades de tecido endometrial, sangue e fibrose[10]. Traduzem-se habitualmente por nódulos hipointensos em T1 e T2 com ocasionais focos hiperintensos em T1 que correspondem a glândulas com conteúdo hemorrágico[12]. No caso descrito identificou-se um foco hemorrágico na lesão vesical.

O diagnóstico definitivo requer confirmação histológica, que pode ser obtida por biópsia transuretral. Histologicamente, o diagnóstico é realizado por identificação de glândulas endometriais na parede vesical[3], o que se comprovou no caso descrito.

O tratamento da endometriose depende da idade da doente, desejo de engravidar, extensão da lesão vesical e existência de outras patologias pélvicas associadas, abrangendo opções médicas e cirúrgicas[8]. A primeira opção foi a escolhida para nossa doente, que faz actualmente terapêutica com agonistas da hormona libertadora de gonadotrofinas (GnRH) que inibem a secreção normal de gonadotrofinas pela pituitária, de forma a produzir castração médica e consequente regressão da endometriose.

A endometriose vesical é uma manifestação rara de uma doença frequente e da qual se deve suspeitar em doentes jovens com história de disúria cíclica associada ou não a hematúria.

A RM pélvica, devido à sua capacidade multiplanar e à excelente resolução de contraste dos tecidos moles, permite avaliar a extensão da doença na parede vesical e a sua relação com o útero e outras estruturas pélvicas.

Bibliografia

1. Firilas, A.; Soi, A.; Max, M. - *Abdominal Incision Endometriomas*. Am Surg, 1994, 60(4):259-61.
2. Stanley, K. E., Utz, D. C., Dockerty, M. B. - *Clinically Significant Endometriosis of the Urinary Tract*. Surg Gynecol Obstet, 1965, 491-8.
3. Price, T. D.; Maloney, K. E., Ibrahim, R. Y.; Cundiff, G. W., Leder, R. A., Anderson, E. - *Vesical Endometriosis: Report of Two Cases and Review of the Literature*. Urology, 1996, 48(4):639-43.
4. Umari, N.; Olliff, J. F. - *MRI Appearances of Bladder Endometriosis*. Br J Radiol, 2000, 73(871):733-6.
5. Foster, R. S.; Rink, R. C.; Mulcahy, J. J. - *Vesical Endometriosis: Medical or Surgical Treatment*. Urology, 1987, 28(1):64-5.
6. Machado, M. T., Giuseppe, R.; Barbosa, C. P.; Borrelli, M.; Wroclawski, E. R. - *Endometriose Vesical: Aspectos Diagnósticos e Terapêuticos*. Rev Assoc Med Bras, 2001, 47(1):37-40.
7. Donnez, G.; Spada, F.; Squifflet, J.; Nisolle, M. - *Bladder Endometriosis must Be Considered as Bladder Adenomyosis*. Fertil Steril, 2000, 74(6):1175-81.
8. Buka, N. J. - *Vesical Endometriosis after Cesarean Section*. Am J Obstet Gynecol, 1988, 158:1117-8.

9. Singh, K. K.; Lessells, A. M.; Adam, D. J.; Jordan, C.; Miles, W. F. A.; Macintyre, M. C.; Greg. J. D. - *Presentation of Endometriosis to General Surgeons: A 10-Year Experience*. Br J Surg, 1995, 82:1349-51.

10. Brosens, I.; Puttemans, P.; Campo, R.; Gordts, S. T. - *Diagnosis of Endometriosis: Pelvic Endoscopy and Imaging Techniques*. Clin Obstet Gynecol, 2004, 8(2):285-303.

11. Lavelle, K. J.; Melman, A. W.; Cleary, R. E. - *Ureteral Obstruction Owing to Endometriosis: Reversal with Synthetic Progestin*. J Urol, 1976, 116(6):665-6.

12. Balleyguier, C. - *Imagerie de l' Endometriose*. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 2003, 32:4s-4s10.

13. Posner, P. M.; Fowlee, E. J.; Muks, R. G. - *Vesical Endometriosis 12 Years after a Cesarean Section*. Urology, 1994, 44(2):285-287.

Correspondência

Manuela Souto
Rua D. Luís de Ataíde, 262
2785-589 São Domingos de Rana
manuelasouto@oninet.pt